FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

839

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

PAR

Madame VILLE-BOURGOIN Evelyne

née le 19 Avril 1937 à Boulogne-sur-Seine

Présentée et soutenue publiquement
Juin 1962

TITRE :

A propos d'une méthode de psychotérapie de l'enfant, prodiguée par la mère elle-même, sur un mode de satisfactions régressives et sous contrôle d'un psychothérapeute.

Président : **M. le Professeur Marcel LELONG**

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (C.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (C.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M . LELONG

- Commandeur de la Légion d'Honneur
- Membre de l'Academie de Médecine
- Professeur de pédiatrie et de puériculture à la faculté de médecine de Paris
- Médecin de l'Hopital Saint Vincent de Paul
- Médecin Chef du Service d'Assistance à l'Enfance
- Directeur de l'Ecole de Puériculture ,

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thése

A MONSIEUR LE DOCTEUR M . SOULE

- Ancien interne des Hopitaux de Paris
- Ancien Chef de Clinique à la Faculté
- Médecin Assistant de la Consul ation de neuro-psychiatrie infantile de l'Hopital Saint Vincent de Paul
- Médecin de la Consultation de guidance infantile de l'école de puériculture ,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé tout au long de ses conseils, qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre gratitude .

A tous nos collègues de la Consultation de neuro- psychiatrie infantile de l'Hopital Saint Vincent de Paul qui nous ont donné de précieux conseils et guidé par leur expérience .

DOCTEUR J . NOEL — Attachée à la Consultation de neuro- psychiatrie infantile de l'Hopital Saint Vincent de Paul

DOCTEUR DELAPORTE — Attaché à la Consultation de neuro-psychiatrie infantile de l'hopital Saint Vincent de Paul

Melle APPLAGNAT -TARTET — Jardinière d'enfant à la Consultation de neuro- psychiatrie infantile de l'hopital Saint Vincent de Paul .

A Madame Evelyne KESTENBERG qui a bien voulu nous faire profiter de toute son expérience de la psychanalyse infantile, pour la compréhension et la rédaction de la discussion théorique de notre travail . Ses critiques nous ont évité beaucoup d'erreurs.

A PROPOS D'UNE METHODE DE PSYCHOTHERAPIE DE L'ENFANT , PRODIGUEE PAR LA MERE ELLE -MEME , SUR UN MODE DE SATISFACTIONS REGRESSIVES ET SOUS CONTROLE D'UN PSYCHOTHERAPEUTE .

INTRODUCTION

Nous rapportons ici la descripiton d'une technique particulière de psychothérapie de l'enfant proposée par le Dr . Michel SOULE et utilisée par lui- même et ses collaborateurs à la consultation médico- psychologique de l'Hopital Saint Vincent de Paul (clinique de pédiatrie et de puériculture : Professeur Marcel LELONG) .

Cette technique psychothérapique est originale parcequ'elle est pratiquée par la mère de l'enfant lui - même en faisant appel systématiquement aux tendances régressives de l'enfant et en proposant une relation mère - enfant uniquement sur ce mode . De plus, elle est effectuée sous contrôle épisodique mais continu du médecin .

Depuis de nombreuses années la psychiatrie infantile a pris une extension très importante qui se traduit par le nombre de plus en plus impressionnant d'enfants amenés en consultation .

Les modes thérapeutiques se sont multipliés depuis le simple entretien fait en présence des parents jusqu'au psychodrame en passant par les nombreuses techniques psychothérapiques destinées à extérioriser les conflits de l'enfant ceci au moyen d'approchesvariées .

Nous ne nous prévalons pas ici d'apporter une modification profonde à la psychothérapie infantile . La particularité de la méthode en question réside dans le faît qu'elle s'adresse à une catégorie spéciale d'enfants et de mères et s'oriente en fonction de ceux-ci . Il s'agit, en effet, d'enfants carencés affectivement au cours de leurs premières années ou tout au moins, nous le verrons plus loin, qui ont vécu les étapesde leur développement comme liées à une frustration paternelle et maternelle . Nous ne sommes pas à même, en effet, de juger de l'authenticité de cette carence . Il est des cas où la présence du pére et de la mère s'est révélée effectivement insuffisante . Nous ne savons ja-

mais quels sont les degrés de carence réelle et quels sont ceux de frustration vécue . En fait, ceci se révèle sans importance pour nous . Les enfants semblent n'avoir pu franchir une étape déterminée par carence dans les satifactions qu'ils réclament perpétuellement sous forme d'attitudes régréssives et de récriminations .

La méthode décrite fait appel à deux procédés destinés tout particulièrement à satisfaire les demandes de l'enfant :

I - C'est la mère elle-même relayée par le pére qui entreprend la psychothérapie et ceci chez elle . A première vue, les troubles de l'enfant étant corrélatifs aux parents , il apparaît aberrant de faire traiter ces enfants par leur mère . En fait, nous verrons au cours de notre discussion qu'il s'agit de mére plus que normales car donnantes et intelligentes . Nous verrons aussi au cours de la discussion ce que la cure doit apporter comme satisfactions à la fois libidinales et suffisamment déculpabilisantes pour que la mère puisse l'accepter et l'entreprendre .

2 - La technique se base sur la notion de régression, notion très ancienne mais qui fût très discutée et l'est encore de nos jours .

Nous expliquerons tout d'abord la technique employée puis nous citerons deux observations qui l'illustrent .

Nous introduirons par la suite une discussion théorique de cette technique . Pour cela, nous aborderons la notion de régression en essayant d'expliquer comment nous l'entendons dans le cadre de ce sujet . Ceci nous aménera à constater qu'il existe une autre série de facteurs thérapeutiques liés à l'attitude régressive proposée . Nous tâcherons de discuter dans la mesure du possible de la valeur de ces différents facteurs .

Nous aborderons enfin les limites de la methode, ses indications, ses contre-indications.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT PAR LA MERE

I°) La consultation et les entretiens tant avec l'enfant qu'avec la mère sont menés suivant la technique usuelle en psychiatrie infantile .
2°) Dès qu'on pense que ce type de traitement peut être appliqué aux difficultés de l'enfant, un entretien ou même plusieurs entretiens sont réservés à la mère, sans aucune autre présence .

Au cours de ce ou de ces entretiens il est nécessaire de préciser les véritables capacités affectives de la mère, de reconstituer bien entendu tout son passé, son enfance, la nature de ses relations aussi bien avec son mari qu'avec ses autres enfants . Il est également primordial d'établir tout l'historique de ses relations avec l'enfant en question.

De cette façon on arrive aussi à mieux comprendre la génèse des troubles pathologiques dans la relation entre l'enfant et sa mère . On essaie de faire comprendre à sa mère le manque dont a pu souffrir l'enfant sur le plan des apports maternels . Bien entendu on cherche à la déculpabiliser au maximum en insistant sur les circonstances contigentes (voyages, maladies de la mère, difficultés financières, difficultés de travail etc ...) Et on n'insiste pas sur ses difficultés propres ou alors on essaie également de la déculpabiliser en lui montrant son évolution depuis cette période . De cette façon on suscite en elle le désir en quelque sorte d'apporter maintenant à son enfant ce qu'elle n'avaitpu apporter soit involontairement , soit inconsciemment dans sa première enfance . En quelque sorte, on lui suggère qu'elle pourrait recommencer cette période qui a été mal vécue par son fils et dont elle-même n'a pas profité .

Bien entendu on caricature un peu en insistant sur la valeur réparatrice des apports chargés de compenser un manque antérieur, comme s'il y avait effectivement une traite à honorer qui fût en souffrance .

Du reste dans ce qui lui est proposé on peut étudier ses réactions Certaines sautent sur cette occasion de se mettre en régle avec une

culpabilité ancienne et souhaitent très vivement entreprendre le traitement tel qu'il le r est proposé. D'autres au contraire, émettent certaines réticences en rapport avec l'âge de l'enfant ici montre qu'elles supportent assez mal néanmoins l'érotisation telle qu'elle sera vécue avec un enfant de cet âge . D'autres enfants mettent en avant tant d'arguments contraires et construisent une telle attitude de doute et d'inquiétude qu'on suppose qu'elles ne supporteront pas le rapproché tel qu' il est proposé . On a finalement commis une erreur d'apréciation car elles seront incapables de mener à bien ce traitement .

3°) - La technique proprement dite.

Réserver dans l'emploi du temps de la mère des moments privilégiés où elle pourra être absolument seule avec l'enfant sans que personne ne puisse entrer ou risquer ou ne risque d'entrer . L'idéal est de profiter par exemple d'horaires scolaires décalés qui font que l'enfant est seul à la maison ou bien au contraire de susciter des distractions ailleurs pour les autres enfants, celui-ci restant seul à la maison ; ou bien s'il y a des enfants beaucoup plus jeunes de profiter du moment où ils dorment .

Quoiqu'il en soit il faut que la mère et l'enfant aient le sentiment très net qu'ils ne sont pas enfermés dans une chambre et que d'autres risquent de venir les déranger ou bien soient intrigués par cette séparation mystérieuse . Il est donc souhaitable que les mères n'entreprennent pas une tâche au dessus de ses forces ou au dessus de ses possibilités .

Si elle le peut une séance journalière est souhaitable. Mais il vaux mieux 3 séances hebdomadaires dans des conditions favorables plutôt que des séances quotidienne qui exige trop d'effort .
La séance peut avoir lieu soit dans une pièce neutre, salle à manger, cuisine, etc ..., soit la chambre à coucher . Il est préférable que ce soit dans celle de l'enfant : si cela se passe dans la chambre à coucher des parents, cela suscite des problèmes et des interprétations supplémentaires .

Le père est prévenu de ce traitement, de ce qu'on en attend ainsi que de la façon dont il va se dérouler .

Au début du traitement la mère indique à son enfant le pourquoi du traitement, c'est à dire : " Lorsque tu étais petit je n'ai pas pu te donner tout ce que tu me demandais, par suite de telle ou telle circonstance il me semble que depuis ce temps là tu me réclames incessamment ce dont tu a l'impression d'avoir été privé . Maintenant , bien entendu tu as grandi mais peut-être est-il possible, si ce n'est de recommencer, en tous cas de reparlerde cette période . Comme tu pourrais être géné puisque tu es grand, je me suis arrangée pour te réserver du temps quand les autres ne peuvent venir . Tu peux donc me demander tout ce que tu veux.."

Il est par exemple , indiqué que la mère fasse les premiers pas en prenant l'enfant sur ses genoux, en le dorlotant, en le caressant et en l'embrassant comme " quand il était petit " . Ensuite elle peut lui raconter des histoires " celles qu'il aimait le plus quand il était petit " Enfin, elle peut lui proposer de regarder un album de photographies . Ceci semble , du reste, le plus facilement accepté par l'enfant et même par la suite est tres souvent ritualisé, l'enfant voulant à chaque séance regarder à nouveau l'album de photographies . D'autre part, il y a certaines photos qui l'intriguent ou l'intéressent plus particulièrement et à propos desquelles il redemande inlassablement des explications . Il semble que ces photos correspondent à des souvenirs qui sont plus particulièrement investis ou des souvenirs écrans . La mère doit se plier de bonne grâce à ces explications et ne pas hésiter à la recommencer autant de fois que l'enfant le souhaite . Ensuite la mèrepeut demander à l'enfant s'il n'a pas gardé la nostalgie de certains types de satisfactions puérils . Comme il n'est pas question de pouvoir autoriser certaines d'entre elles, elle peut guider cet enfant par exemple sur le plan des satisfactions orales, ce qui est un terrain d'entente généralement bien accepté par la mère et par l'enfant .

C'est ainsi par exemple qu'elle lui propose de reprendre une bouillie, la mère la prépare devant l'enfant, comme il la veut, et aussi sucrée qu'il le souhaite . Mais elle peut également lui proposer de la lui donner à la cuiller toujours en insistant sur " comme lorsque tu étais petit ". Et en même temps qu'elle lui administre la bouillie à la cuiller elle peut lui raconter des anectodes qui ont existées ou qu'elle invente à propos de cette période de la vie de l'enfant .

Elle peut même lui proposer de redescendre encore plus lointainement dans son alimentation et par exemple elle demande s'il voulait prendre un biberon .

Contrairement à ce que l'on peut croire ceci est très souvent aisément accepté par l'enfant il assiste à la préparation du biberon et généralement le prend à la tétine .

C'est peut-être la période qui est la moins bien supportée par la mère car donner un biberon à un garçon de 8 ou 9 ans allongé sur les genoux et qui se comporte en véritable bébé, n'est pas sans susciter un certain remue ménage affectif .Il y a certaines mères qui supportent très mal cela, en tous cas la première fois .

Cette période peut durer une ou plusieurs séances . Chez certains, elle se ritualise l'enfant demandant chaque fois de préparer le biberon, en prenant quelques gorgées et refusant de prolonger l'expérience . Dans d'autres cas, l'enfant n'accepte plus que ce soit sa mère qui lui donne le biberon et se l'administre lui même . Dans d'autres cas encore, il refuse par la suite le biberon et la mère devra comprendre s'il s'agit soit d'une difficulté à accepter cette relation, soit d'un dépassement de cette attitude . Quoiqu'il en soit la mère ne devra pas provoquer un abandon de ses positions mais savoir y demeurer tant que l'enfant demande d'y rester et les accepte . Cette période peut durer une ou plusieurs semaines. Généralement on assiste à un abandon progressif de certaines attitudes et on sent que l'enfant y tient de moins en moins et après une période ou il ne le fait que par habitude, ne réclame plusson biberon, puis sa bouillie puis même certaines anecdotes qu'il réclamait quelques semaines auparavant .

La mère doit alors toujours sentir si c'est par recul ou au cont-

-raire par abandon de certaines attitudes auquelles l'enfant ne tient plus.

C'est ainsi qu'elle peut arriver à une situation tout à fait différente , c'est à dire des séances où l'enfant parle avec elle et témoigne de son désir d'aller de l'avant . Parallèlement le comportement dans la vie courante s'est modifié . A ce propos il convient d'indiquer dans les consignes que la mère donne à son enfant que cette licence qu'elle lui accorde se termine inexorablement à la fin de la séance et qu'en dehors de ces périodes limitées, l'enfant aura la vie qu'il avait habituellement et devra essayer de se conformer à ce qui lui est demandé au sein de la famille, en fonction de son âge .

Il apparait assez rapidement, si les indications ont bien été posées que l'enfant après quelques tentatives pour obtenir de sa mère, en dehors des séances certaines satisfactions particulières, abandonne bientôt ces demande s'il sent que sa mère est très ferme sur ses positions . Tout au plus certains d'entre eux ont quelques clins d'oeil complices à l'égard de leur mère au cours de la journée . Celle-ci peut du reste y répondre mais sans aller au delà . Il est très important de bien montrer à l'enfant et à la mère qu'il ne faut pas dépasser les limites strictement assignées, de façon à respecter le facteur essentiel à la réussite qui est la reprise de la maîtrise du Moi à la fin des séances en fonction des impératifs du Sur-Moi médical .

Quoiqu'il en soit quand on est arrivé à la fin du traitement le comportement extérieur s'étant modifié favorablement et les séances ayant le contenu et la tonalité indiquée , il est souvent souhaitable de faire intervenir le père .
Son rôle lui est expliqué et on lui demande, (qu'il s'agisse d'une fille ou d'un garçon) de prendre en quelque sorte le relais c'est -à-dire d'entreprendre un rapproché avec son fils ou sa fille, par exemple avec des moments privilégiés, où il sera seul avec cet enfant pour s'intéresser à ce qu'il fait tant sur le plan scolaire que sur le plan familial que dans

ses aspirations futures . Certaines marques d'attention sont les bienvenues, par exemple, des compliments à l'adresse de sa fille sur le plan physique ou sur le plan vestimentaire et ceci de façon très directe, ou bien des félicitations à l'égard de son fils, par exemple sur le plan des réalisations sportives ou des réalisations scolaires . De même, il pourra lui indiquer quelques lectures dont il lui parlera . Il s'informera de ses désirs professionnels et il pourra également l'informer des avantages et des inconvénients de son propre métier . Il est même souhaitable qu'à cette période il l'entretienne de ses difficultés professionnelles de ce qu'il fait, de ce qu'il réussit et de ce qu'il escompte réussir plus tard . Une activité commune, qui intéresse l'un et l'autre, peut alors être proposée : participation sportive, assistance à un match, discussion à propos de marques de voitures, collection de timbres postes ou de papillons , etc ...
Et généralement, ceci quand le père peut tenir son rôle, met une fin au traitement par la mère, car l'enfant peu à peu témoigne d'un certain désintéret, propose lui- même de sauter une séance ou deux et on s'aperçoit qu'il n'y a plus qu'un formalisme tout à fait réduit auquel la mère ou bien le médecin peut mettre fin au cours d'un dernier entretien .

4°) - Mais pendant tout ce traitement le médecin doit jouer un rôle capital . En effet, il ne doit pas revoir l'enfant ou seulement à des périodes très espacées . En revanche il faut qu'il garde une maîtrise absolue de la situation et qu'il ait à date fixe des entretiens avec la mère, celle-ci ayant noté sur un carnet ou tenu une sorte de journal du traitement en notant les questions ou les demandes de son enfant, les réponses qu'elle a formulées et les intuitions qu'elle a eues .

Au cours de ces entretiens il doit s'efforcer de déculpabiliser la mère, de l'inviter à une plus grande spontanéité et essayer de lui faire prendre conscience des difficultés qu'elle a face à cette spontanéité tout en essayant de le rapporter à sa propre enfance et à ses propres attitudes face à sa mère ou à son père .

Il s'agit là en quelque sorte d'une psychothérapie de la mère directement induite par la situation et volontairement limitée à celle-ci . La plupart des mères , lorsqu'on les a choisies intuitives et assez intelligentes, sont profondément intéressées par cela et elles disent spontanément qu'elles en ont reçu une libération et aussi un dynamisme accru . Il n'y a pas de doute qu'on leur apporte, de ce fait, une amélioration incontestable lorsqu'on étudie avec elle la relation mère- enfant qu'elles sont en train de vivre et la relation enfant-mère qu'elles ont vécue autrefois. Certaines d'entre elles par la suite, souhaitent continuer ce traitement psychothérapique et il convient alors d'envisager sous quelle forme ce traitement doit être poursuivi .

Le médecin reçoit donc la mère souvent et peut suggérer certaines attitudes qu'elle peut proposer à l'enfant lorsqu'elle n'osait le faire . Mais il est souhaitable que ce soit toujours la mère qui propose au médecin telle ou telle attitude , celle-ci se bornant à lui donner une autorisation et une déculpabilisation .

Le même rôle du médecin à l'égard du père doit être retenu dès que son entrée en scène s'impose .

Il n'est pas nécessaire de voir l'enfant pendant toute la période du traitement , mais celui-ci sait pertinemment que tout cela est organisé, autorisé, déculpabilisé par le médecin . Il est souvent au courant des visite de sa mère à celui-ci et lui même peut revenir le voir de temps à autre . En tous cas il le reverra à la fin du traitement par exemple, amené par son père, le seul fait qu'il soit amené par celui-ci montrant tout le chemin parcouru .

Il va sans dire que le médecin a lui- même tout un problème contre-transféren iel et qu'il doit avoir une assez grande souplesse dans les identifications à la fois à cet enfant soigné par cette mère et également à cette mère en train de materner cet enfant .

Il y aurait beaucoup à dire sur cette attitude contre- transférentielle car le médecin est directement impliqué et il participe lui aussi très directement à cette triangulation mère- enfant- médecin .

Quant à la durée de ce traitement, elle est assez variable. Certains ont été terminés en un mois et d'autres n'ont pu être considérés comme tels qu'après 3 ou 4 mois . Ceci dépend beaucoup de la nature des relations qui ont pu être instituées entre la mère et son enfant et de la qualité du rapproché toléré par l'un et par l'autre .

OBSERVATIONS

- EMMANUEL-

Né au mois d'Avril I95I, il a 9 ans I/2 lors de la première consultation Celle-ci a lieu alors qu'il est hospitalisé à l'hopital Saint- Vincent de Paul pour un torticolis sans étiologie décelable et que l'on suspecte d'origine psychologique, (malade adressé par Monsieur le Docteur Robineau) .
Ce torticolis est apparu en deux temps, d'abord au cours d'une baignade à la piscine,(il est bilatéralet modéré) puis agravation brutale dans un deuxième temps, cinq jours après, à la suite d'un traumatisme modéré au niveau de la nuque ; il s'accompagne alors de céphalées et de nausées L'hospitalisation qui est immédiate permet d'établir un bilan rigoureusement négatif. Il n'y a aucun signe inflammatoire, ni rhumatismal, ni traumatique . Tous les examens complémentaires sont également négatifs .

I. Comportement d'Emmanuel . Il a une soeur de I2 ans et un frére de 6 ans qui l'encadrent . Il est très attaché à sa mère, jaloux des amitiés de celle-ci et réclame continuellement des marques d'affection, des calineries, des baisers, des cadeaux . Il veut rester auprès d'elle, qu' elle s'occupe de lui en priorité et il demande encore parfois à être habillé . En même temps, il est très revendicateur, il l'accuse de ne pas l'aimer ,de le rejeter, de ne pas le soigner correctement . Méfiant envers tous il parle souvent de ses " ennemis " et il croit qu'on veut lui dérober ses affaires ou atteindre sa personne .Ses camarades d'école ne veulent pas lui prêter leurs affaires, ne veulent pas jouer avec lui . IL est très jaloux des autres et orgueilleux, il veut toujours être le premier . Très hostile envers sa soeur qui réussit mieux que lui sur certains plans, il refuse rageusement de lui demander le moindre conseil scolaire ; il interdit qu'elle vienne le voir à l'hopital car elle le verrait dans une situation d'infériorité . Au contraire, il s'entend très bien

avec son petit frère , mais parce que ce dernier fait tout ce qu'il veut et lui obéit en toutes choses . Il est très formé, il a peu d'amis,il aime surtout la lecture. En fait, il ne s'amuse pas; violent et batailleur, mais avec les plus faibles que lui, souvent méchant dans ses réflexions et ses répartiesà . A l'égard de son père, il affecte une certaine indifférence . Avec sa soeur brillante à l'école les heurts sont assez fréquents, il la juge gourde, irritante et taquine . Il ne veut pas ressembler à son père . Au contraire il veut devenir grand et fort alors que ce dernier est petit et gros, il le juge également lent et peu bavard. Il a le gout de la solitude, il aime assez être seul pour lire et rêver. Son travail scolaire est bon. En I958, il a eu le prix d'excellence, en I959, son maître d'école est très autoritaire et on voit alors survenir quelques petits phénomènes qui n'existaient pas auparavant . I'une part des mensonges, il ne peut plus dire la vérité, il dissimule tous ses comportements et activités, il maquille ses cahiers, cache son carnet de notes. De même il commet quelques petits vols et notamment il prend de l'argent dans le sac de sa mère pour s'acheter des bonbons ou des babioles, révolvers, pétards, amorces . En même temps il y a une insomnie avec des nuits agitées . En I960 , le Professeur est beaucoup plus conciliant . Tous ces troubles disparaissent en grande partie, le travail scolaire redevient bien meilleur . Il veut être le premier partout il ne doute pas de lui . Il envisage son avenir, il veut réussir et voyager. Pour cela, il souhaite être officier de marine bien qu'il craigne la mer, mais il aime l'uniforme et la parade .

Dès le douxième entretien il est beaucoup plus détendu et souriant que lors des précédentes rencontres, mais néanmoins il reste assez réticent et circonspect dans ses réponses et paraît toujours assez inquiet. Il ne tient pas particulièrement à participer à un groupe de jeunes . . il n'aime pas se lever de bonne heure , ni quitter sa famille . Il est très affecté lorsqu'il est séparé de celle-ci, il essaie de diminuer sa tristesse et il lui faut plusieurs jours avant de pouvoir participer à l'ambiance. Il n'y a pas de rites ni de signes obsessionnels, de même on

ne retrouve aucune peur particulière, ni phobies sauf qu'il craint un peu le noir. Il reconnait par contre ses beoins regressifs, il aime être cajolé et s'endormir avec un ours . Il accepte très volontiers des bouillies ou des biberons . Il souhaite avoir un autre petit frére, il reconnait les vols qu'il a fait à l'âge de 7 ou 8 ans dans le portemonnaie de sa mère pour s'acheter des bonbons et il dit qu'il a eu alors un mauvais moment .

II . La famille

Le pére est âgé de 39 ans . Il est bien portant, il est ingénieur, il est décrit comme très doux, calme et patient . Il ne fait jamais preuve d'autorité et s'occupe peu de ses enfants, il ne prend aucune responsabilité éducative .Peu entreprenant, il a peu d'amis, vit assez solitaire et prend peu d'initiative . Il a toujours été isolé et travailleur .

La mère est plus jeune, c'est une femme intelligente, jolie , assez avenante et très ouverte . Elle dit qu'elle est amenée à prendre toutes les responsabilités du mènage en particulier les responsabilités éducatives Elle est à l'origine de toutes les initiatives, de toutes les sanctions de toutes les décisions . Elle a fait des études secondaires et elle aurait été une jeune fille effacée et gâtée .Elle a eu deux fréres et le cadet aurait été très jaloux d'elle durant l'enfance et elle retrouve dans son fils certains traits de caractère de ce fréro qu'elle n'aime pas . Elle a eu une enfance gâtée, mais une certaine opposition envers son propre père car il y avait de fréquentes disputes entre ses parents et elle prenait parti pour sa mère . Après des études secondaires, elle fit une école d'interpréte à l'étranger . A I9 ans, elle fait connaissance de son futur mari, mais malgré un amour réciproque qu'ils ne s'avouent pas, il n'est pas question de mariage . Elle vient alors à Paris pour poursuivre son école d'interprètre, également pour faire du chant . Elle se sent assez seule et désemparée et apprenant que son mari, après une

campagne militaire lointaine, s'interroge toujours sur elle, elle reprend une correspondance et, dès le retour à la vie civile, les fiancailles et le mariage sont prononcés . Il y a une très bonne entente dans le ménage . Elle est très attentive avec ses enfants , les fait beaucoup travailler, surveille de près les devoirs et les leçons . Elle est également très occupée par sa maison car elle est seulement aidée par une femme de ménage . Ses distractions sont uniquement le tennis en été et le bridge en hiver . Parfois, elle décharge son agressivté contenue sous forme de colères clastiques assez violentes contre ses enfants et contre son mari . Elle éprouve encore une certaine hostilité à l'égard de son père qui est également coléreux . Elle lui reproche d'avoir fait souffrir sa mère et le reçoit deux fois par mois chez elle .

Il (le père) se dit d'un caractère affable sans ennemis , facile, parfois irritable, simplement lorsqu'il est fatigué . Il travaille beaucoup , suit des cours de perfectionnement et apprend une langue étrangère difficile en raison des activités commerciales de son affaire . Il voit peu les enfants, rentre tard le soir et ne peut s'en occuper que le samedi et le dimanche . La vie du ménage est calme avec simplement quelques sorties chez des amis .

III - Histoire d'Emmanuel .

Il est le deuxième enfant . La grossesse de sa mère a été normale et son accouchement également . Lors de sa naissance, la grand- mère paternelle qui était une protestante stricte pleure quand elle apprend que sa belle fille(catholique), vient d'avoir un garçon . Elle aurait désiré qu'elle ne donne naissance qu'à des filles . Devant cet anathème de la belle-mère qui rend cette naissance " si triste ", la mère se sent particulièrement attachée à ce premier fils et décidée à le défendre . Mais, à l'âge de 9 mois, la mère doit se séparer de l'enfant pendant 8 jours et Emmanuel aurait pleuré longuement lors de cette séparation . Au retour crise de spasme du sanglot qui vont durer jusqu'à l'âge de 4 ans .

Il marche à I8 mois, dit quelques mots à un an . Il est propre à I8 mois, mais auparavant barbouillait parfois les murs avec ses excréments . Vers l'âge de 2 ans, sa grand mère maternelle tombe malade et sa mère quitte ses enfants pendant plusieurs mois, I5 jours par mois, pour aller dans un pays étranger auprès de sa mère qu'elle soigne . Elle confie alors les enfants à une domestique qui est assez rude et les frappe . Alors qu'Emmanuel a trois ans, sa grand mère meurt, les enfants sont conduits chez leur grand'mère paternelle . Au mois de septembre de la même année, Emmanuel commence à boiter et pendant plusieurs mois il y a de nombreuses consultations chez de nombreux médecins. On évoque des diagnostics parfois très pessimistes lorsque, enfin, le diagnostic de coxa plana est affirmé . A cette époque , les discussions entre la belle-mère et la bru disparaissent devant la maladie . A la même époque naissance du petit frère . Emmanuel doit rester coucher et, sur les conseils, de sa belle mère, la mère confie la garde de l'enfant à une jeune fille qui s'en occupe complétement . Ensuite, il y a un séjour de 6 mois au bord de la mer, dans le midi, chez les grands parents qui le gardent un mois de plus après leur retour à Paris . La mère éprouve une très vive jalousie à l'égard de la jeune fille qui garde Emmanuel . Elle désirerait la remplacer et s'occuper elle-même de son fils . Emmanuel reprend très progressivement la marche, avec de grosses difficultés de rééducation . Il refuse de marcher, de pédaler . Il y a des scènes très fréquentes et il joue de cela comme un moyen efficace de chantage . A 7 ans, il fait une crise de rhumatisme articulaire aigü qui l'oblige à 4 mois de repos . Depuis ce temps et surtout depuis les dernières vacances, sur les conseils de son beau-père qui affirme qu'emmanuel est amoureux d'elle, la mère repousse son fils pour qu'il devienne un homme .

V . Le traitement d'Emmanuel

Devant le type du comportement d'Emmanuel devant l'éloignement géographique qui rend très difficile une psychothérapie régulière, devant également les qualités propres de la mère d'Emmanuel et le grand désir qu'elle a de venir en aide à son fils, son état de disponibilité affective, nous conseillons le traitement dont la technique a été décrite ci - dessous .

JOURNAL DE LA MERE D'EMMANUEL

Docteur,

Voici la copie de mes notes . Vous y verrez que notre fils nous donne maintenant beaucoup de satisfactions .

Je vous prie de croire, Docteur, à mes sentiments les meilleurs .

Iére séance de calinerie : épanouïssement de l'enfant . Réflexion, pourquoi maintenant ? acceptation du biberon . Ravi de voir son album de photos .

2éme , crainte qu'on ne le sache ? tétine, qu'à dit le pharmacien ? heureux de boire le biberon. Dans la journée, connivence, clin d'oeil .

3éme , tentative de prendre le biberon seul, désir de donner son biberon aux chiens . Retrouve un tic de bébé celui de têter sa langue tout en glissant le coin de l'oreiller entre 2 doigts . Dévoile les secrets du biberon à son frére et à sa soeur, paraît surpris qu'il n'y ait aucune moquerie .

4éme, prend son biberon seul, puis réclame des calineries .
- remarque d'une amie : c'est la première fois qu' Emmanuel me dit bonjour en me regardant dans les yeux et avec le sourire .
- remarque de la femme de ménage : je croyais qu'Emmanuel ne n'aimait pas et bien aujourd'hui quand il m'a aperçu il s'est précipité pour me dire bonjour .
- remarque personnelle : changement dans son attitude à la maison moins de négation, réveil facile.
- remarque duMaître d'école : son écriture est bien meilleure .

5éme , pris le biberon seul, calineries, veut entendre parler de sa tendre enfance avant l'hopital, car après il n'est plus beau .

6éme , grande joie, I6/20 à sa composition française; crainte que son père refuse de le croire. Pris biberon seul, a voulu connaître ses réactions au spasme du sanglot. Refuse d'espacer biberon et

câlineries, les veut journellement .

7éme , a revécu sa petite enfance avec l'album de photos, réclame inlassablement des anecdotes . Vu l'album de sa soeur avec un peu de moquerie . Question : lequel préférais-tu? et comment nait le bébé grand étonnement . L'enfant me fait part de ses craintes d'être grondé par moi dans la journée .

Un soir une réfléxion de l'enfant . C'est curieux je me sens plus he heureux qu'avant . Pourquoi ?

- Remarques personnelles : enfant encore très pleurnichard, buté réclame de la tendresse . Pose des questions compliquées, a besoin d'analyser son état d'âme : " je suis content pour ça et ça et pas content pour ça et ça ".

8éme, Veut connaître mes rêves et entendre des anecdotes de lui, même après l'hopital . Je lui donne la fin du biberon . Tendresse de sa part, " je voudrais toujours être ton petit bébé chéri " . Raconte une de ses anecdotes d'enfance à son frére et à sa soeur . Grande confiance, me parle de ses petites tricheries, se sent heureux, détendu. Me parle de sa mauvaise année scolaire, tendresse, " quand tu t'en vas j'ai toujours peur qu'il t'arrive un accident " .

9éme , Réclame toujours des anecdotes de bébé .
Désirerait un petit bébé dans la maison . Câline son petit chien sitôt la séance terminée .

IO éme, je lui redonne le biberon, écourte la séance de câlinerie .
- Remarques personnelles : transformation de l'enfant, est heureux d'aller en classe, chante à la maison, il tête sa langue continuellement comme il le faisait petit bébé .
- remarque de son frére (6ans) qui était en colère : " si c'est comme ça, je forai comme Emmanuel avant " . - " avant quoi " - " eh bien avant , tu sais bien, quand il était méchant " .

II éme, je supprime le biberon et le remplace par une tasse de tisane qu 'il aime. Regret de l'enfant . "Quand j'étais bébé, je ne connaissais pas tel ou tel " (ceux qu'il n'aime pas)".

Vacances de Pâques : voyage en Italie, l'enfant très gentil, très copain avec sa soeur .

28 Mars : l'enfant se dit heureux

8 Avril : l'enfant s'analyse ; " je serais heureux si ma conscience était tranquille. J'ai peur d'être moins malin que les autres . Je m'affole aux compositions , le maître s'en est aperçu " .

I0 Avril : étonnement des grands parents et d'un oncle devant le changement opéré chez l'enfant .
- Remarque de ma belle- mère: c'est enfin un enfant normal et heureux qui va devenir un ami pour sa soeur .
- Remarque d'un petit ami " Emmanuel est devenu très gentil "

23 Avril : remarques personnelles : l'enfant s'analyse moins, ne parle plus de sa malchance . Ne tête plus comme il y a un mois . Obéit . Va à l'école et à des cours privés sans rechigner avec la volonté de ne pas arriver en retard . Réclame moins souvent d'être caliné . Maison calme . Se montre souvent indulgent pour son jeune frére . Plus de disputes avec sa soeur ne l'attaque plus de ses moqueries . Me fait remarquer qu'il voudrait souvent bien faire, mais il aimerait que je sois très gentille pour lui . Montre cette bonne volonté en étudiant ses leçons, seul, à peine arrivé à la maison. Quelques fois en se tenant bien à table et encore en venant me demander " Est-ce que je peux te rendre service . Moins de réticence vis à vis de son pére . Plus d'accès de colère, presque plus de pleurnicheries .

22 Avril : visite médicale . Excellente forme ; a grossi de 2 Kgs

I3 Mai : Entretien de la mère d'Emmanuel avec le psychothérapeute, entretien non décrit dans le journal .

Mme X relate le comportement de son fils lequel se révèle être très bon. Les séances ont été interrompues . Emmanuel ne les réclame pas . Seul persiste une tendance à la taquinerie . S'il lui arrive de faire une grosse bêtise, sa mère lui parle avec une grande douceur comme au cours des séances, ce qui paraît efficace .
On conseille une activité de groupe , sport, scoutisme, judo et le relai de la psychothérapie par le pére .

Emmanuel rentrera en 6° au Lycée .

CORALIE

Née en Avril 1951 .
Elle a 7 ans et 2 mois quand sa mère la conduit consulter en raison de ses difficultés dans la famille et en classe .

A la maison, elle se dit toujours fatiguée, elle s'ennuie, elle a toujours envie de dormir . Elle est assez instable avec des variations de son humeur et de sa réussite d'une minute à l'autre . Dès qu'il y a la moindre contrariété ou la moindre difficulté, dit toujours :"Ah , je veux dormir" Elle a une bonne volonté très grande, mais elle est vélléitaire . Très lucide elle est silencieuse et parle rarement . Néanmoins des réflexions très pertinentes, voire humoristiques et ironiques surviennent au moment ou on s'y attend le moins . Elle veut toujours faire l'enfant , réclame à sa mère toujours quelque chose . Elle est craintive, peureuse . Chaque fois qu'on lui propose une activité nouvelle ou une investigation nouvelle, elle fait celle qui a peur et elle dit non . Elle est très caline et très affectueuse .

Dans son groupe avec de petites amies, elle ne participe pas, se tient dans un coin, suce son pouce et, finalement on se moque d'elle et on la tient à l'écart .

Avec sa mère, elle a un comportement à la fois affectueux et en même temps tyranique .

Avec son père, elle a toujours été assez opposante, l'évite soigneusement ce qui fait de la peine à ce dernier . Elle est toujours un peu effrayée lorsqu'elle doit avoir avec lui une entrevue .

Elle a trois soeurs, dont une qui la suit à un an prés . Avec celles-ci il y a une mauvaise entente , des disputes, des discussions et finalement Coralie cherche le moins possible à se mêler à elles et à jouer avec elles.

En classe, elle suit un cours préparatoire, elle commence à lire, mais néanmoins ne lit pas couramment dès que le texte est un peu difficile. L'écriture est beaucoup plus mauvaise avec des fautes nombreuses, des tâches partout et un cahier normal présenté . Elle est manifestement dyslexique .

Les antécédents :
La mère, est une femme intelligente, distinguée, dynamique et éclairée . Elle a une très grande affection pour ses enfants et s'occupe beaucoup de ceux-ci . Elle a toujours été assez nerveuse et elle en est consciente Elle ne punit pas ou peu . Elle a toujours été fatiguée pendant ses grossesses et, notamment pendant la grossesse de Coralie, elle a dû rester 4 ou 5 mois au lit avec des vomissements et une salivation importante, mais néanmoins aucune maladie .
La naissance s'est bien passée, avec un leger forceps qui n'a laissé aucune trace, l'enfant a crié aussitôt et n'a eu aucune cyanose .
Coralie a marché un peu tard, à I6 mois . Le développement du langage a été à peu près normal .

Devant ses difficultés dans son comportement et dans sa scolarité , les parents se sont inquiétés au niveau intellectuel de Coralie, et on pensait qu'il fallait être très compréhensif car elle pourrait avoir un retard intellectuel .
L'examen psychologique pratiqué a montré que pour un âge réel de 7 ans et 3 mois, elle avait un niveau mental au test de Terman de 7 ans et huit mois un quotient intellectuel de I07 . Le vocabulaire est moyen, l'élaboration verbale difficile, cependant certaines réponses, les rimes, les images absurdes sont vite et bien données . En revanche, au test de Matrix, elle n'atteint que le 50° centile de 5 ans I/2 . La solution est souvent entrevue, mais la réponse n'est pas donnée car l'enfant est incapable d'opérer la translation de l'échantillon à la figure principale .
Cette difficulté dans la réversibilité et l'orientation l'handicape à coup sûr .

Au point de vue scolaire, les testes montrent que la lecture n'est bonne que pour les mots sus par coeur, pour les autres, il y a invention . Mais on a le sentiment d'une enfant qui ne sait pas encore lire malgré une année I/2 d'école avec la methode globale, plutôt que d'une dyslexique vraie . De plus, il y a une très mauvaise assurance quant aux mépanismes lélémentaire de la numération décimale et de la pratique des opérations . Néanmoins les notes sont supérieures à la note limite et l'enfant peut passer en cours élémentaire, Iére année .

En conclusion au terme de ce premier examen, l'intelligence apparait normale, le rendement scolaire inférieur à ce qu'il devrait être mais parallèlement , on constate un puérilisme , une immaturité, des besoins affectifs regressifs très importants . Ceci va de pair avec certaines difficultés dans la structuration de l'espace et dans l'orientation temporo spatiale, une maladresse qui évoque une dysharmonie dans la maturation neuro - motrice .

- Le pére, est un homme dynamique, intelligent qui excerce avec succés une profession libérale dans une grande ville de province . Jusqu'à maintenant il a été extrémement occupé et bien qu'il aime beaucoup ses enfants, il dispose de peu de temps pour se consacrer à eux . Pendant la période des vacances ses enfants étant encore jeunes, ses propres occupations et distractions le maintiennent peu au contact de ceux-ci.

En étudiant ce qui s'est passé pendant les premières années de la vie de Coralie, on s'aperçoit que malgré la qualité affective et intellectuelle de ses parents, elle n'a pas reçu, en raison des circonstances, tous les soins maternels qu'elle pouvait souhaiter . Elle est née quand son pére n'avait pas encore terminé ses études . Sa première soeur est née alors qu'elle avait un an et quelques mois ; ensuite ses parents sont allés s'installer en province avec toutes les difficultés que com-

-porte la création d'une situation libérale . La mère devait assurer les fonctions de secrétaire de son mari, elle avait à pourvoir aux besoins domestiques, à organiser la vie mondaine de leur couple etc , etc ... Elle a essayé de témoigner de soins particuliers à l'égard de Coralie mais toujours pendant de très brefs instants et toujours préoccupée des occupations qu'elle remettait de ce fait . Fatiguée, énervée, anxieuse elle n'avait pas la liberté d'esprit nécessaire . De plus Coralie, mise assez tôt au jardin d'enfants, s'est trouvée rapidement dévalorisée du fait de sa maladresse et des difficultés particulières dont elle témoignait . Sa jardinière d'enfants la dévalorise sérieusement et Coralie refait pipi dans sa culotte jusqu'au moment ou sa mère la retire du jardin d'enfant . L'année suivante, mise à l'école communale, elle a un très bon contact avec une institutrice très bonne, maternelle, mais qui malheureusement se trouve remplacée , en cours d'année, par une femme beaucoup moins agréable et dure, tout redevient alors très mauvais . Enfin la jeune fille qui s'occupait des enfants à la maison et qui avait avec eux un comportement très affectueux s'en va par suite de son mariage . Coralie alors en éprouve un gros choc et également régresse .

Il est certain qu'un psychothérapie devrait être conseillée qui pourrait amener Coralie à une meilleure distance par rapport à ses difficultés et à une possibilité d'intégrer des niveaux plus solides . Mais l'éloignement géographique de ses parents et l'impossiblité de réaliser cette psychothérapie dans la ville où ils habitent rend cette thérapeutique difficile . La mère pense améliorer le comportement de Coralie en lui faisant faire de la danse classique . Mais la maladresse de Coralie, sa gène à s'intégrer dans un groupe font rapidement abandonner cette occupation qui avait un but thérapeutique . Lors de voyages épisodiques à Paris une rééducation psychomotrice est commencée . De même est mise en train une rééducation de ses difficultés d'orthographe et de lecture . Mais ces deux rééducations portent également peu de fruits et ont accomplir quelques progrés mais très limités, en raison également de l'attitude affective de Coralie .

C'est alors que devant les qualités propres de la mère et les impératifs dus aux circonstances, le conseil d'entreprendre un maternage est donné et rapidement suivi . Celui-ci est entrepris suivant les consignes exposées plus haut et remarquablement executé en raison même de la comprehension et de l'intéret maternel . Au début de ce maternage Coralie commence à s'exprimer et répète plusieurs fois qu'elle ne veut pas grandir . Devant le berceau de sa petite soeur il y a quelques mois, à la clinique, elle dit " je voudrais me rappeler le temps ou j'étais comme ma petite soeur, mais je ne me rappelle de rien " . Les effets de ce traitement psychothérapique par la mère se font très rapidement sentir . Le comportement de Coralie après plusieurs semaines s'est transformé notamment et surtout dans les rapports avec sa mère . Elle abondonne cette attitude tyranique et en même temps masochique qu'elle affectait particulièrement En classe également, elle est beaucoup plus épanouïe et détendue et sa maitresse d'école en fait la remarque à sa mère . Bien entendu les résultats s'en ressentent et elle suit très correctement sa classe .

Par ailleurs, les tests qui sont à nouveau pratiqués, après un délai de quelques mois, montrent qu'elle afait des progrés . Au test de Terman, les amèliorations du contact et les acquisitions scolaires ont libéré quelques blocages et on obtient un quotient intellectuel de 110 . Mais surtout , il y a une amélioration dans les explications, les consignes sont mieux comprises les réponses plus rapides et plus aisées . Au test de Matrix, il y a un très gros progrés car les difficultés de latéralisation et de structuration sont en régression . Elle atteint ainsi le 50° centile de l'âge de 8 ans . Son comportement au cours des tests montre une beaucoup plus grande compréhension et une amélioration très nette dans ses relations. Certaines lacunes apparaissent dans le domaine des connaissances scolaires, mais elles sont beaucoup plus rapidement cernées et limitées et Coralie témoigne manifestement de son désir de les combler .

Son comportement avec ses soeurs s'est modifié, elle se laisse infiniment moins faire et est moins brimée par celles-ci, elle témoigne d'une plus grande indépendance , elle se défend et au besoin contre- attaque . Le père, lui- même, après quelques mois a pris le relais, c'est à dire qu'il a pu consacrer parfois un temps libre pour sa fille, à l'occasion d'une course à faire ou en suscitant même ces rencontres . Coralie les accepte beaucoup plus volontiers et s'en trouve extrémement flattée et peut accepter le plaisir que cela lui procure .
Par la suite un séjour peut être organisé à Paris pendant lequel Coralie suit une rééducation de ses difficultés de lecture et d'écriture . Elle y séjourne seule avec sa mère avec laquelle le contact est excellent . Elle profite de sa rééducation et fait de très grands progrés . Ceci se traduit une nouvelle fois par des progrés aux différents tests et c'est ainsi qu'elle atteint un quotient intellectuel de II3 et qu'elle atteint également le 50° centile des enfants âgés de 9 ans I/2 , soit le 80° centile de son âge . L'amélioration porte non seulement sur des acquisitions mais aussi sur l'aisance dans le jugement et le raisonnement . Les analogies, les généralisations en sont faciles et sûres . Au test de Matrix le raisonnement est bon . La réponse est construite .

En revanche, à la maison, les diffcultés avec ses soeurs persistent et peuvent occasionner parfois certains énervements et quelques drames . De ce faît Coralie en vient à souhaiter être placée comme pensionnaire dans un bon internat pour jeunes filles ou elle puisse travailler tranquillement, revenant cependant à la maison chaque fin de semaine. Il est convenu qu'actuellement cela est difficile à réaliser au cours d'années, qu'elle est encore un peu jeune pour être privée du secours de sa mère et de son pére, mais que dès la rentrée scolaire prochaine ceci sera organisé . Elle pratique à nouveau la danse, elle s'y donne beaucoup de mal elle peut participer au groupe et y fait des progrés .

D I S C U S S I O N

La première question qui vient à l'esprit après l'exposé de la technique et les observations citées est : Pourquoi en est-on arrivé à modifier la classique technique psychothérapique et à donner à la mère le rôle de psychothérapeute ? A priori les parents semblent moins indiqués que des médecins.

En fait, les psychiatres d'enfants se sont trouvés en face d'impossibilités thérapeutiques dues à des facteurs variés.

Le premier est le facteur temps : chacun sait que tous les centres de traitement sont à la tête d'une liste d'attente et que les médecins sont trop peu nombreux et disposent de trop peu de temps pour faire face à cette liste de cas toujours croissante. D'autre part, les parents sont souvent obligés de conduire leur enfant à ce centre et leurs occupations ne leur permettent pas. Cet enfant, du reste, doit manquer parfois la classe pour se rendre à l'hôpital, ceci perturbe son travail scolaire qui souvent ne laisse déjà que trop à désirer.

Un autre facteur : celui de l'éloignement.Si nous disposons à PARIS d'un nombre important de centres spécialisés, il n'en est pas de même en Province où les parents sont dans l'impossibilité de faire traiter leur enfant faute de médecin spécialisé.

Un troisième facteur : le facteur pécuniaire qui peut être un obstacle avec lequel il faut compter lorsqu'on pense à la durée des psychothérapies en général.

Tous ces facteurs sont éliminés lorsque le thérapeute choisi est la mère de l'enfant et qu'elle peut facilement trouver un moment dans la journée pour s'occuper chez elle de l'enfant.

Deux points de vue sont encore à envisager.

Tout d'abord les cas bénins, ou tout au moins qui apparaissent comme tels et devant lesquels les parents ne voient pas du tout la nécessité d'avoir affaire avec tout ce système hospitalier. Ils accepteraient alors beaucoup plus facilement des séances de psychothérapie familiale qui leur semblent plus en rapport avec leur cas.

Il faut penser enfin à l'opposition plus ou moins consciente de la mère vis à vis de ce thérapeute qui prend sa place auprès de son enfant, opposition qui en arrive parfois à l'interruption du traitement. Nous allons voir plus loin comment cette attitude maternelle vis à vis du traitement s'inverse si la mère est elle-même responsable de la psychothérapie.

°°°

- II -

Aux avantages pratiques obtenus par cette méthode certains pourront opposer une impossibilité venant de la personne même de la mère de l'enfant :
Cette mère est celle qui a présidé autrefois au développement de son enfant. Pourquoi obtiendrait-elle aujourd'hui ce qu'elle n'a pu obtenir autrefois ?
A ceci nous répondons par plusieurs arguments :
- Tout d'abord il se peut que des conditions matérielles très défavorables soient intervenues à l'époque et l'aient empêchée d'apporter à son enfant toute l'affection et les soins voulus.

Par ailleurs, une mère qui eut très jeune son enfant pourrait être encore infantile et ne pas élever celui-ci

comme une mère plus mûre. Il est vrai que souvent le début de la grossesse et la naissance réorganisent l'affectivité de la mère. Les réorganisations successives, après d'autres naissances vont la "maturer" et finalement la faire apparaître comme normale. Ceci explique qu'elle puisse avoir été carentielle pour un enfant déterminé et plusieurs années plus tard être devenue une bonne thérapeute, capable d'apporter beaucoup à l'enfant.

Admettons néanmoins que ces réorganisations successives aient été insuffisantes et que la mère ne soit pas encore à même d'entreprendre un tel traitement : cela ne veut pas dire, pour autant, qu'elle soit à jamais incapable de devenir gratifiante pour son enfant.

Nous pouvons, en particulier, l'aider à atteindre cette maturation et cette compréhension qui lui manquent.

Beaucoup d'auteurs pensent que par l'intermédiaire d'une action sur les parents, on peut avoir une action sur les enfants : c'est la manipulation du milieu.

Si l'on envisage la nature réactionnelle des troubles, cette notion de manipulation du milieu est admise, en général, en modifiant les conditions sociales d'environnement de l'enfant. Par contre, si l'on envisage des troubles déjà structurés, la valeur de cette manipulation est alors très contestable.

Beaucoup pensent, de plus, que si la structure des parents est de même pathologique le thérapeute est alors impuissant à la modifier aisément. Les psychanalistes croient à la possibilité d'une amélioration sans recourir à une technique trop longue et élaborée quand bien même l'individu posséderait déjà une structure névrotique.

Il y a , en particulier, deux raisons de s'attaquer au comportement des parents afin d'améliorer l'enfant :

Primo : La contre-attitude des parents provient très souvent du comportement de leur enfant. L'adulte supporte très mal chez l'enfant les attitudes contre lesquelles ses propres mécanismes sont toujours en lutte.

.../...

Le Dr. FAVREAU a insisté sur tous les facteurs individuels, sociaux, économiques qui modifient le seuil de tolérance des parents vis à vis de leur enfant et ne font, de la sorte, qu'accentuer secondairement la pathogénie de cet enfant - Il écrit :

" A tous ces facteurs, les parents réagissent plus ou moins bien suivant leur structure. Il est difficile de donner une classification exhaustive des attitudes pathogènes des parents. Il est classique de dire depuis Melle A. FREUD qu'il n'existe pas de parallélisme entre la gravité du trouble présenté par l'enfant et la vivacité de la réaction des parents. On peut dire que le père et la mère revivent à propos de leur enfant les premières relations d'objet infantiles. Telle mère frustrée, par exemple, dans son enfance cherchera inconsciemmentà établir avec son enfant un type de relation propre à lui éviter toute situation frustrante".

Nous voyons donc que le psychiatre d'enfants se heurte très souvent à la structure de la mère. Cette structure peut se modifier dans la mesure où elle en prend conscience.

Le rôle du thérapeute se situera donc à ce niveau, cette prise de conscience étant possible dans la limite d'une névrose sous-jacente. Il est certain que dans le cas que nous abordons aujourd'hui, lorsque nous nous heurtons à une structure caractérielle ou à une angoisse névrotique nous ne pouvons faire appliquer la technique.

Secondo : la structure chez l'enfant n'est pas celle de l'adulte. Il y a chez lui un remaniement spontané. Fréquents sont les exemples de tel phobique qui guérit contre toute attente ou de tel autre phobique qui devient obsessionnel. L'enfant jouit d'un côté dynamique. Tout n'est pas introjecté chez lui. Le milieu agît sur lui. Son sur-moi n'est pas aussi rigide que celui de l'adulte qui, plus tard, rendra la structure beaucoup moins accessible. C'est le sur-moi des parents qui exerce surtout une pression sur l'enfant, ce qui permettra donc à ces derniers de le transformer à leur gré. Une action visant le comportement de la

mère et du père pourra donc leur faire adopter une attitude très profitable à notre avis. Cette action pourra être justifiée aussi bien dans le cadre des troubles réactionnels que de la névrose infantile.

.°.

- III -

Cette notion a déjà été préconisée par certains auteurs.

Ackermann aux U.S.A. s'est attaché à démontrer l'utilité d'une étude systématique de la famille même dans les troubles déjà structurés. En particulier, en psychiatrie infantile, écrit-il, les thérapeutes doivent savoir qu'il faut étudier la famille pour comprendre le malade.

En france, le Dr. FAVREAU , a insisté sur l'importance des entretiens du médecin avec les parents en vue d'une amélioration de leurs relations avec leur enfant ? Dans son article "Psychothérapie des parents" il écrit :

"Quel que soit le degré de structuration du trouble on ne peut jamais tenir pour négligeable le rôle actuel de l'environnement; la position profonde des parents reste longtemps un facteur déterminant de l'évolution et il est toujours nécessaire de la prendre en considération. Le problème pratique consiste à constituer et à évaluer les meilleures possibilités d'action tendant à normaliser cette relation. Seule une étude clinique permet de juger la part des uns et des autres dans la situation actuelle, en même temps que le degré de réversibilité de chaque position en vue de l'efficacité thérapeutique maxima. Notre expérience personnelle, après de nombreuses tentations dans les formes très diverses nous fait penser que des possibilités de modification des attitudes parentales sont beaucoup plus grandes qu'on ne pourrait le supposer, même dans des conditions

.../...

matériellement défavorables. Au cours de ces entretiens, il ne s'agit pas de faire la leçon aux parents en leur donnant des conseils, mais de tout mettre en oeuvre pour obtenir une mobilisation des positions qui, presque toujours, aboutira à une reprise du jeu normal des relations familiales".

Dans un autre article intitulé "Le psychiatre et les parents" écrit par les Drs. DIATKINE et FAVREAU ces derniers passent en revue les diverses attitudes à prendre suivant le groupe de parents devant lequel on se trouve. Ils écrivent "Une condition indispensable à toute action psychothérapique sur les parents est d'obtenir un déplacement des satisfactions profondes des uns et des autres. Ce déplacement pourra être facile à provoquer chez des individus ayant une capacité importante à trouver des satisfactions dans des circonstances variées. Rassurer les parents suffit souvent à tout faire rentrer dans l'ordre. Il existe, par contre, une autre catégorie de parents chez qui on a le sentiment qu'ils vont résister à toute tentative de changement de l'équilibre familial". Les auteurs considèrent qu'un mode d'action psychothérapique sera alors nécessaire.

Nous voyons donc que nombreux sont les psychiatres qui croient en l'action du thérapeute sur les parents. Nous pensons ainsi pouvoir agir utilement sur la structure de la mère avant qu'elle entreprenne le traitement. Cette action du thérapeute sur les parents ne doit du reste, pas être entreprise à la légère. Dans l'article cité plus haut les Drs. FAVREAU et DIATKINE ont mis en garde le médecin contre certains défauts d'attitude qu'il pourrait prendre.

"Lorsque nous nous trouvons en face du cas de parents relativement perturbés, qui ont provoqué chez l'enfant des troubles réactionnels paraissant réversibles, à la condition de modifier l'attitude de l'entourage, les parents ne doivent

.../...

pas avoir le sentiment que le psychiatre pense "Votre enfant est normal, c'est vous qu'il faut soigner". Les auteurs conseillent dans ce cas de gratifier les parents pour qu'ils puissent prendre conscience par la suite du problème. Deux éléments permettent de gratifier d'emblée ces parents. Le plus fondamental est certainement de leur montrer tout ce qu'il y a de positif dans l'attitude de leur enfant à leur égard et tout ce qu'ils peuvent faire pour lui. Le second élément est représenté par les nombreux enseignements théoriques ou pratiques que le psychiatre peut apporter aux parents afin qu'ils dépassent une situation dans laquelle ils se sentent noyés. Le médecin doit leur donner la possibilité de se reconnaître en lui et non de les écraser par la supériorité de sa position. Il faut les "intéresser à ce type de relations avec nous et à cette expérience nouvelle de découverte d'eux-mêmes et de leurs enfants".Cette expérience de découverte d'eux-mêmes et de leurs enfants, les parents la vivent particulièrement s'ils procèdent eux-mêmes à la psychothérapie.

Cette expérience a, du reste, déjà été tentée à plusieurs reprises.

FREUD a lui-même été le promoteur de cette méthode dans l'analyse du petit Hans. Il écrit à ce sujet "L'histoire de la maladie et de la guérison d'un très jeune patient qui sera écrite dans les pages suivantes, n'émane pas à proprement parler de ma propre observation. J'ai, à la vérité, donné les grandes lignes du traitement et je suis même une seule fois intervenu personnellement au cours d'un entretien avec le petit garçon, mais le traitement même a été appliqué par le père de l'enfant à qui je dois une grande reconnaissance pour avoir mis à ma disposition ses notes en vue d'une publication. Le mérite du père va plus loin : aucune personne, je pense, ne serait parvenue à obtenir de l'enfant de tels aveux. Les connaissances techniques, grâce auxquelles le père a su interpréter les dires de son fils de 5 ans étaient indispensables; sans elles

les difficultés techniques d'une psychanalyse à un âge si tendre seraient demeurées insurmontables".

Freud a fait faire au père du petit Hans un travail d'analyste mais aussi un rôle maternel. On voit qu'il ne croyait pas à l'époque à la possibilité d'une thérapeutique par un parent qui ne soit pas psychanaliste. Cette opinion était sans doute liée au fait qu'alors les notions psychanalytiques rencontraient beaucoup trop d'opposition dans le public pour être acceptées et surtout intégrées par des parents.

Depuis lors, d'autres thérapeutes ont tenté l'expérience avec l'aide de parents nullement versés dans ces connaissances :

En France Mme DOLTO, en Angleterre Margaret RUBEN, aux U.S.A. le Dr. BONNARD.

Ce dernier relate le cas d'un jeune garçon de 4 ans I/2 Robert, souffrant d'une névrose obsessionnelle très sévère et dont la mère fut choisie comme thérapeute. Le Dr. BONNARD ne s'occupa jamais de l'enfant mais suivait la mère afin de la guider dans son traitement. Celui-ci a consisté en séries d'interprétations portant sur le comportement de l'enfant et visant à lui faire prendre conscience de ses réactions vis à vis de lui-même et des autres membres de la famille, en abordant en particulier les problèmes d'initiations sexuelles. La mère de Robert rechercha aussi l'usage symbolique d'une poupée. Robert s'était, en effet, procuré une poupée dont il se servait différemment suivant la phase qu'il traversait, la prenant pour sa soeur, sa femme ou son bébé. Le comportement de Robert s'améliora au cours du traitement et le Dr. BONNARD conclut : "Bien qu'il ne soit pas possible aux parents d'enfants souffrant de névrose obsessionnelle d'échapper aux dures conséquences de l'ambivalence à un degré permettant de mener eux-mêmes le traitement analytique; Même lorsqu'il en est ainsi, le résultat semble être très encourageant. Non seulement, on trouve là une économie de temps pour l'analyste et pour l'enfant mais aussi le fait que les parents puissent

.../...

ainsi comprendre les vérités, a un effet incalculable sur eux. Il se peut que si l'enfant est assez jeune et les parents normaux et doués, ce soit une méthode de choix dans des conditions variées de névrose".

Nous pouvons donc espérer avoir une action assez efficace sur les parents pour que ceux-ci mènent à bien une psychothérapie, les essais de ce genre ayant déjà eu des résultats satisfaisants.

°.°

- IV -

Il s'agit à présent de savoir en quoi consiste exactement cette psychothérapie et sur quels critères elle se base. Nous pouvons dire, qu'en fait, elle repose sur la notion de régression et il nous faut, tout d'abord essayer de définir cette notion. Elle a déjà été envisagée et commentée souvent dans la littérature. (1)

Freud le premier en montra l'importance. Si nous reprenons le sens qu'il a donné au concept en suivant les étapes par lesquelles il est passé, nous pouvons nous aider de deux de ces textes.

Dans le premier "La science des rêves" Freud aborde le concept de régression physiologique, celui d'une régression que nous avons l'habitude de connaître tous les jours. Dans ce texte, il explique comment le rêve se constitue de processus primaires toujours orientés vers la décharge. Il n'y a pas là, un franchissement pur et simple du système inconscient au système conscient. Le système pré-conscient fonctionne comme une censure critique et il empêche la décharge. C'est là que la régression intervient. Le processus

(1)(Nous nous basons ici sur un exposé oral non publié du Docteur A. GREEN)

de pensées qui s'écoulent du pôle perceptif vers le pôle de la décharge motrice et qui passent par les divers systèmes souvenirs, filtrant et dégradant ceux-ci en image-souvenirs, arrivés vers le pôle pré-conscient par une image qu'il faudrait dire progressive, sont obligés de faire machine-arrière heurtant les barrières du pré-conscient et suivent au contraire du fait de cette censure une marche régrédiente, ou plutôt régressive. C'est ce cheminement en arrière qui donne au rêve sa qualité si spéciale de représentation sous formes d'images souvenirs mais revécues hallucinatoirement, Cette régression n'existe, du reste, pas seulement dans la vie onirique mais aussi à certains moments de la vie éveillée, cependant il y a là une différence de charges. Dans la réévocation de la vie vigile nous pouvons faire revenir un détail mais non pas faire revenir la charge en entier comme dans le rêve. A ceci s'ajoute un autre point de vue : le sens dans lequel se fait la régression, ce sens allant toujours vers l'enfance. "Le rêve dit Freud est un équivalent d'une scène infantile modifiée par un transfert récent". D'après ce texte de la science des rêves nous pouvons résumer la régression partout où elle se manifeste comme un effet de la résistance qui empêche la pensée d'accéder à la conscience par la voie normale, en même temps que de l'attraction qu'exerce sur elle des souvenirs qui ont gardé une grande vivacité sensorielle.

Freud aborde, par la suite, la notion de régression dans un deuxième texte "L'introduction à la psychanalyse". Il rattache là la notion de régression au développement de la libido. Cette libido peut, en effet, connaître 2 types de danger : l'arrêt ou la régression et c'est là où il a affirmé d'une façon directe, très solidaire, les points de vue de fixation et régression. On peut du reste, considérer l'explication qu'il donne là comme une définition de la régression :

" Le retour en arrière lorsqu'une tendance à sa phase la plus avancée se heurte à l'exercice de sa fonction du fait d'obstacles extérieurs".

.../...

La conclusion qu'il tire est immédiate : plus la fixation sera forte, plus la régression sera tentante sous la pression extérieure. Freud envisage, par la suite, 2 types de régression : un type de régression qui est le retour aux premiers objets parentaux ou bien un retour de toute l'organisation sexuelle à des phases antérieures. Ceci fonde une différence essentielle : ce premier type revient en fait à un refoulement car il n'y a pas de modification structurale de la libido. Au contraire, dans le deuxième type, il y a régression véritable".

Enfin Freud a abordé le problème de l'étiologie de la régression. Pour lui, c'est la privation mais pour qu'elle devienne pathogène il faut qu'elle réunisse un certain nombre de conditions, c'est à dire que la privation doit porter sur la seule satisfaction dont le sujet soit capable. Il faut, en outre, que chez lui la possibilité de remplacement et d'une satisfaction par une autre ou la possibilité de transformation de cette même satisfaction ne puisse se produire. C'est ici le rôle de la sublimation.

Après Freud, Fenichel reprend cette notion de régression et fixation. Dans la"théorie psychanalytique des névroses" il résume les diverses expériences qui favorisent le développement des fixations et de la régression :
" Il y a régression si l'on éprouve des satisfactions excessives à un certain niveau, ce niveau, en conséquence, n'est abandonné qu'à regret; s'il arrive plus tard des malheurs, il y a toujours une nostalgie d'un retour aux satisfactions dont on avait joui précédemment.

Mais il peut y avoir aussi régression, si d'excessives frustrations se produisent à un niveau donné. Elles donnent les mêmes effets. On a l'impression qu'à des niveaux de développement qui ne procurent pas de satisfactions suffisantes, l'organisme refuse d'aller plus loin et continue de demander les satisfactions dont il a été privé".

Plus récemment, le docteur DIATKINE reprend cette notion de frustration à un stade donné, génératrice d'angoisse excessive. Dans son article "La notion de régression" il

.../...

écrit : que pour intégrer la notion de phénomènes régressifs : "il faut tenir compte de ce qu'a été le passé et comprendre comment les traces qu'il a pu laisser peuvent être encore actives .

Schématiquement l'enfant évolue entre la quiétude et l'état de besoin. L'état de quiétude entraîne au début le sommeil, puis après il existe d'autres périodes pendant lesquelles l'enfant a des activités perceptivo-motrices qui sont les premières ébauches des fonctions cognitives. Ce travail se produit dans l'euphorie. Si,par la suite, un stimulus désagréable se fait sentir, la crise émotionnelle apparaît et toutes les activités nouvelles disparaissent. Il s'agit d'une régression massive, véritable prototype des régressions ultérieures. Les crises d'angoisse précoce entraînent une disparition des activités perceptivo-motrices évoluées et une perte de l'objet par régression. On ne peut donc détacher les activités cognitives du jeu instinctuel puisque la crise de déplaisir puis la crise d'angoisse suppriment ces activités".Le Dr. DIATKINE nous explique que par la suite les nouvelles activités auront un sens différent pour l'enfant suivant qu'elles prendront la même signification terrifiante et se perdront au cours de crises d'angoisse ou bien, au contraire, prendront une autre valeur rassurante. Ces nouvelles activités seront alors investies doublement libidinalement et sur un plan narcissique. C'est cet apport ressenti comme preuve d'intégrité que nous traiterons plus loin dans notre discussion de la technique.

Récemment également le Dr. PASCHE distingue dans son exposé "Régression, perversion, névrose" 2 types de régression : tirés, du reste, des conceptions freudiennes et que nous avons déjà envisagé :

I- La régression temporelle qui signifie le retour anachronique de fonctions, de désir, et de représentations objectales. Elle doit donc aboutir à des activités primitives du Moi ou à des relations sexuelles immatures.

2- La régression topique dont le mécanisme est moins évident. Ce n'est pas le retour à une phase normale de l'évolution,

.../...

identifiable à une étape définie du développement, mais l'apparition ou la remise en jeu d'un phénomène toujours possible qui se manifeste pour la Ière fois n'importe quand, pourvu que les conditions de sa survenue se trouvent réunies. Cette régression-là est uniquement spatiale. Elle tend à résoudre une tension par un aménagement intérieur, en déplaçant l'énergie d'un système à un autre.

Nous verrons dans notre discussion sur la technique, comment la régression que nous y utilisons peut être envisagée à la fois sous l'angle temporel et sous l"angle topique.

La régression est le levier thérapeutique de tout analyste. Chacun l'utilise au moyen d'une frustration plus ou moins dosée.

Dans son article sur "la cure type" BOUVET écrit : "L'analyse ne peut être que régressive et très lente. Le sujet ne peut que faire face aux formes les plus superficielles du conflit fondamental devenu inconscient et de proche en proche il en arrive à reconnaître des manifestations de plus en plus voisines du conflit initial dans sa forme primitive.

Certaines techniques analytiques ont été déjà modifiées en fonction de cette notion de la régression en vue d'apporter au malade des satisfactions régressives.

Ce désir d'apporter une satisfaction à des besoins régressifs aussi avides existe dans l'inconscient de nombreux psychothérapeutes et cela devient pour eux une idée fondamentale :

Il est connu que FEDERN caressait les cheveux de certains malades pour compenser la frustration qu'il leur imposait.

GLOVER dans "Sa technique de la psychanalyse" écrit : " On a eu tendance récemment à essayer de faire croire que pour traiter un schizophrène de façon efficace, il était nécessaire de l'aimer. Il ne faudrait pas que les modifications soient de nature à compromettre la reprise de la technique analytique en période de rémission".

.../...

On voit donc que GLOVER à cette époque est encore très réticent à l'égard de cette technique.

Plus tard pourtant, d'autres auteurs ont continué dans ce sens.

Le Dr. NACHT conseille : " ce qui compte plus que ce que dit l'analyste, c'est ce qu'il est". Dans son article sur les déformations névrotiques du Moi il écrit :" Il existe des malades nullement psychotiques mais chez qui on observe en cours de traitement des besoins identiques à ceux que l'on observe chez les psychotiques. Ils ont besoin, à un moment, de voir que l'analyste est le bon sujet dont ils ont été privés. Chez eux des situations traumatisantes ont engendré le besoin de recevoir un don réparateur. Ces traumatismes étaient déterminés par des évènements réels. Le thérapeute doit adopter une attitude nouvelle de gratification, afin qu'il devienne possible au malade de se reconnaître lui-même meilleur dans un monde qui désormais lui apparaît meilleur".

FRIEDA FROMM REICHMAN écrit dans son article "Transférence problèms in schizophrenics": "Le thérapeute doit amener le patient à l'utiliser comme un pont qui le conduira de la profonde solitude de son propre monde à une chaleur réelle et humaine. Ce n'est certainement pas une entente de sympathie et un maniement adroit de la relation mutuelle patient-analyste qui sont les facteurs thérapeutiques décisifs".

D'autres thérapeutes ont orienté encore plus spécifiquement leur technique vers ces satisfactions régressives.

C'est FEDERN qui le premier inventa la méthode dite de maternage. Il a systématisé dans sa pratique la nécessité d'un soutien maternel aimant qui double l'analyste et soit pour le malade un tuteur lui permettant de supporter les phases critiques de la psychothérapie. Deux de ses commandements illustrent cette attitude :

" Tu seras pour le malade un soutien sûr et indefectible"

" Tu favoriseras l'attachement confiant du malade".

.../...

C'est Mme SECHEHAYE qui a poussé le plus loin cette pratique de gratifications en psychothérapie infantile, elle passe en revue toutes les dérogations à la classique règle de neutralité. A propos des personnalités à Moi faible, elle écrit:" ces personnalités n'ont jamais réussi à effectuer des relations objectales bien solides, la mère étant indifférente, peu compréhensive. L'effacement et la neutralité de l'analyste ne font qu'accentuer chez eux l'inexistence de l'objet, d'où la nécessité d'une gratification symbolique".

A propos des personnalités à Moi psychotique, elle poursuit : "Chez le schizophrène, il faut donner une structure cohérente à la relation transférentielle. Beaucoup de schizophrènes ont subi une carence maternelle camouflée. Le préjudice subi par l'ambiguité maternelle a entamé la formation du Moi. Pour réparer une frustration aussi grave, il n'y a qu'une gratification possible, celle de la personne même du thérapeute en tant que réalité unique. La position privilégiée du thérapeute est celle où il devient un polarisateur des pulsions et des affects du malade, car réalisateur de ses besoins fondamentaux". Cette gratification du malade, Mme SECHEHAYE l'obtient grâce à la méthode de réalisation symbolique qu'elle définit ainsi : " La réalisation symbolique est une psychothérapie qui s'adresse directement aux besoins, aux frustrations que le malade a subies dans sa petite enfance, pour les combler, et les satisfaire, sur le plan pré-symbolique magique et concret. Cette méthode cherche à modifier la "dure réalité" pour la remplacer par une nouvelle réalité "plus douce" et plus supportable pour effectuer de "nouveaux modes d'exister".

Plus loin, elle explique : "Les psychanalystes jusqu'à présent se sont surtout attachés à démontrer l'aspect libidinal et énergétique du besoin oral. Actuellement, on commence à réaliser l'importance capitale des affects primaires liés aux satisfactions ou aux frustrations des besoins. C'est avec la mère que l'enfant participe effectivement d'une manière intense et avec elle qu'il établit ses premières relations

.../...

avec le monde extérieur. C'est à cause de cette participation que le bébé est confondu avec la mère, que tous ses sentiments positifs ou négatifs proviennent d'elle. Si le Moi s'ébauche d'après l'attitude de la mère, on peut comprendre les répercussions lointaines et catastrophiques des premières frustrations. C'est toute la formation du Moi qui est en jeu. Il semble indispensable de convaincre les psychiatres de l'importance de ce besoin fondamental qu'est le besoin oral et d'attirer l'attention sur les conséquences dévastatrices qu'entraîne la frustration de ce besoin lorsqu'on veut vraiment comprendre les réactions de schizophrènes. Cette réalisation symbolique aurait trouvé sa preuve dans la "guérison" de Renée, la jeune schizophrène que Mme SECHEHAYE a suivi avec tant de patience. La réalisation de son besoin oral effectuée sous forme adaptée à son état de régression lui a permis de devenir une adulte. Mme SECHEHAYE conseille au thérapeute de se rendre compte par le comportement, l'attitude, l'anamnèse du schizophrène à quel stade de régression affective il est retourné. Une fois son hypothèse posée, il tâtonnera jusqu'à ce qu'il découvre un symbole capable d'éveiller l'intérêt du malade et d'assouvir son besoin. La manière et le moment où il faut réaliser les besoins des malades importent autant que la compréhension de ces besoins.

Mme SECHEHAYE conclut :" La réalisation symbolique est une recherche constante et assidue pour découvrir les aspirations essentielles d'un être qui depuis son enfance réclame désespéremment une satisfaction. Elle est aussi une attitude aimante "parentale", attitude de la mère gentille qui protège le malade comme un petit enfant, lui rend la sécurité, lui donne droit à la vie et à la réalité".

Nous ne sommes donc pas les premiers à aborder cette notion de satisfaction régressive. Cette notion est, du reste, fréquemment empruntée dans le domaine courant. Rappelons-nous la chansonnette connue et appréciée de tous les enfants :"Ah vous dirai-je maman ce qui cause mon tourment, papa veut que je raisonne comme les grandes personnes mais moi je dis que les bonbons valent mieux que la raison".

.../...

Rappelons-nous les"Malheurs de Sophie" de la Comtesse de Ségur.

Qui de nous n'a pas applaudi plus ou moins inconsciemment à la désobéissance de la bonne qui va porter à Sophie confiture ou pot de crème alors que Mme de Rénal l'en prive sévèrement ? Qui de nous également n'aurait voulu aider Sophie dans ses incartades après toutes les frustrations subies ? Ses réactions de petite fille nous semblent tellement naturelles.

Cette utilité de la gratification est telle dans le domaine courant, que nous la voyons paraître quotidiennement dans les consultations infantiles. Combien de fois n'entendons-nous pas un médecin conseiller les bonbons plutôt que la raison ?

Si tous les parents sont plus ou moins imprégnés par ces conseils, pourquoi alors ne pas tenter une systématisation de la technique par leur intermédiaire ?

Nous avons vu que certains thérapeutes l'ont pris au pied de la lettre. Tous l'ont même dans un premier temps intégré. Mais d'autres l'ont rejeté dans un deuxième temps en y voyant un anachronisme complet. Il est trop tard disent-ils pour employer de telles satisfactions. L'enfant a évolué. Il y a chez lui un besoin d'introjection et de fusion qui ne peut être concrétisé. Nous ne pourrions donc guérir l'enfant en lui apportant des satisfactions qu'il demandait trois ou quatre années auparavant. C'est la crainte qu'exprime le Dr. DIATKINE dans son article "Les satisfactions régressives au cours des traitements d'enfants". Il écrit : "Les expériences régressives dont le caractère fondamental est d'être plus ou moins insatisfaisantes doivent être observées avec autant de précaution chez l'enfant que chez l'adulte. Dans l'analyse d'adulte, les expériences ne sont utiles que parce que verbalisées. L'activité des enfants au cours des séances doit donc être rapprochée de l'acting-out des adultes. Dans quelle mesure ne risque-t-on pas chez l'enfant de donner au moyen de divers artifices une gratification réelle à des instances précisément en opposition avec le réel.

.../...

Nous allons voir au chapitre suivant en quoi nous pensons néanmoins à l'utilité de cette technique, compte tenu de ses critiques.

°.°

- V -

De quelle manière peut-on envisager que cette régression puisse être utile et gratifiante chez l'enfant ?
La satisfaction régressive doit-elle être prise au pied de la lettre ou s'agit-il simplement d'un rapproché, la méthode offrant simplement le truchement d'un langage ?

Si la satisfaction régressive était prise au pied de la lettre nous pourrions alors simplement considérer la méthode sous un aspect qui pourrait se qualifier en quelque sorte par le "Bon lait Suisse". L'enfant a été frustré dans sa prime jeunesse et, à ce bébé sevré de lait et de caresses, on apportera biberons et tendresse autant qu'il le désirera. C'est ce à quoi visent des méthodes comme celle de Mme SECHEHAYE et de bien d'autres. A notre avis le traitement apporte certainement des gratifications réelles ne serait-ce que sous l'angle "temps consacré à l'enfant". En fait, cet aspect sera le plus controversé. Comment nous dira-t-on, il y a chez cet enfant une traite non honorée que vous espérez régler à présent. Il est trop tard. Les besoins de l'enfant ont changé. Il réclame autre chose. C'est la phrase de DIATKINE citée plus haut : "vous donnez une gratification réelle à des instances précisemment en opposition avec le réel".

Nous opposerons quelques raisons à ces objections.

Nous ne pouvons pas dire que l'attitude revendicatrice de l'enfant vis-à-vis de la mère soit une régression, c'est une pseudo-régression. Ces enfants ne sont pas du tout fixés à ces stades régressifs. Il y a chez eux des attitudes régressives, ce qui est autre chose. Ces attitudes ne sont pas la régression elle-même. Elle l'empêche au contraire de s'assumer. L'enfant a peur de cette attitude ce qui empêche la régression. Or il y a un équilibre utile par rapport à la régression. Cet équilibre nous cherchons à l'atteindre par un biais en don-

.../...

nant à l'enfant des satisfactions regressives sans le faire régresser.

La méthode se distingue en cela d'une psychanalyse où le malade régresse sur le divan mais aussi en général. Il n'y a pas ici de satisfactions orales car les cas traités sont des cas génitaux, sinon il y aurait une angoisse profonde par peur d'être mangé. On constate également que toute la régression anale ou tout au moins les attitudes à type de régression anale sont distomisées.

Il existe par contre, une pseudo-régression génitale. Le traitement a pour but essentiel de rassurer sur le plan de l'agressivité oedipienne. On déclare, en fait, à l'enfant "Tu es un gentil petit garçon" Lui pense au début du traitement : "si je continue à rester avec cette femme je cours un risque". Nous cherchons donc à diminuer progressivement chez lui cette peur castratrice de la mère.

Quant à celle-ci, elle accepte volontiers le traitement car il la valorise, lui permet de s'investir en bonne mère; il ne la blesse pas si on a pu lui montrer les circonstances et les causes accidentelles qui ont suscité une certaine carence chez l'enfant malgré sa bonne volonté.

D'autre part, quoiqu'elle fasse, lorsque cette mère s'occupe de son enfant elle s'adresse à ses fantasmes génitaux. Elle peut lui raconter des histoires, jouer avec lui, lui faire revivre sa petite enfance ou lui donner le biberon; quel que soit le mode choisi elle sera près de lui. Un nouveau mode de relation va s'établir entre eux deux. Jusqu'alors, des liens très étroits dans ce domaine s'étaient instaurés, mais sur un mode masochique. Chacun d'eux, désormais, se sent autorisé à communiquer avec l'autre, alors qu'il ne se le permettait pas auparavant ou n'en avait même pas le désir conscient. Une certaine forme d'énergie refoulée va pouvoir ainsi se donner libre cours, grâce au rapprochement créé. Bien des mères cherchent du reste, la modalité de ce rapprochement sans la trouver. Les conditions sociales créent entre elle et leur enfant un fossé qui ne fera que s'agrandir sans qu'elle sache comment le combler.

.../...

C'est une véritable restructuration qu'il faut envisager dans le traitement. Cette restructuration peut se voir d'une façon analogue lors de la naissance d'un puiné. Il y a alors identification de cette femme à la "bonne mère" qui donne des soins au dernier né. L'enfant peut s'identifier à la bonne mère et en même temps s'identifier à l'enfant qui vient de naître. D'autre part, la femme qui est, de nouveau, mère, est davantage capable de renouer des relations maternelles avec un enfant en général.

Nous rejoignons ici l'article de DIATKINE où il explique comment les crises d'angoisse précoce entrainent une disparition des activités perceptivo-motrices évoluées et une perte de l'objet. Pour lui, les nouvelles activités cognitives prendront une nouvelle valeur terrifiante ou une valeur rassurante, au contraire si elles sont investies libidinalement et sur un plan narcissique. C'est justement l'investissement libidinal de ces activités dans le cadre de la méthode qui en fait son efficacité.

Cet aspect libidinal des nouvelles activités perceptivo-motrices peut se manifester au cours du rapprochement créé pendant le traitement. Il peut se donner libre cours grâce à l'aspect symbolique de la méthode. Bien souvent les besoins érotiques de l'enfant et de la mère sont restés à l'état latent. Ils n'ont pu prendre naissance et le temps écoulé n'a fait qu'accentuer l'impossibilité de leur épanouissement. L'immensité de la demande est réelle mais cette demande est encore plus mal supportée à l'âge actuel de l'enfant. La fusion amoureuse en instance pourra s'installer sur un mode plus ou moins ludique. Le jeu permet ce que la vie réelle n'accepte pas. Les émois amoureux deviennent autorisés lorsqu'on parle un langage "maternel".

Il semble, qu'en fonction des entretiens avec le médecin, le traitement agisse surtout en rapport avec la culpabilité de la mère qui a l'impression d'avoir été rétrospectivement une mère carentielle.

Prenons l'exemple du biberon. Il y a ici une attitude qui permet ce que fait la période de latence par rapport

.../...

au conflit oedipien. En effet, la période de latence est une distanciation par rapport à l'affect avec un refoulement de la situation oedipienne. Ces enfants ne peuvent aborder l'oedipe et ne font pas de période de latence. En les reportant au biberon on leur donne une première distanciation par rapport à l'affect oeidipien.

Cette notion de régression considérée comme recul devant l'oedipe le Dr. DIATKINE l'envisage plus généralement en écrivant "Le sujet pris entre ses nécessités extérieures, son besoin de satisfaction et la pensée de son passé vécu, actualise celui-ci dans la mesure où la réalité est trop investie et déclenche une angoisse excessive.

Nous procurons ici une satisfaction libidinale qui est loin de l'aspect oedipien et ceci sur un terrain en quelque sorte "déminé" et "anachronique" avec en même temps tout un rituel d'obsessionnalisation induit par la situation dans un système relationnel à deux. En effet, nous avons décrit le rituel des séances et la vérification de la prise de distance par rapport à l'affect. Il y a en même temps un desinvestissement des objets archaïques.

Nous nous devons d'insister particulièrement sur le sujet de la ritualisation des séances. Cette limitation dans le temps et l'espace permet de prendre une distance par rapport au conflit oedipien et apporte une notion suffisante de SUR-MOI.

Ceci différencie beaucoup cette méthode de celle de Mme DOLTO dont le danger réside nous semble-t-il dans l'absence d'obsessionnalisation.

Dans une observation nous avons vu comment le garçon va vite raconter ses séances à ses frères et soeurs pour ne pas rester dans une relation à deux.

L'enfant sait qu'il peut se permettre certaines satisfactions relationnelles dans un cadre donné, durant un laps de temps donné, avec des impératifs précis. La régression est contrôlée, contrôle que le Moi reprend à la fin de la séance. D'autre part, il semble que la déculpabilisation par rapport

.../...

au problème oedipien soit favorisée par un autre facteur : le fait que le médecin suive étroitement la mère. Ceci se rapprochant de la permission oedipienne d'agressivité suggérée par FREUD dans le cas du petit Hans.

Il faut insister sur la notion qu'il y a dans ces observations une carence paternelle au moins aussi nette que la carence maternelle. Le père est absent.

Remarquons l'insistance d'Emmanuel pour que naisse un nouvel enfant c'est à dire pour que les parents constituent un couple. L'image du médecin viendra combler cette lacune paternelle. Il "marche" dans le jeu des défenses de l'enfant et peut-être également de la mère.

Les Dr. FAVREAU et DIATKINE ont déjà insisté sur le rôle transférentiel oedipien. Il y a ainsi identification au psychiatre.

L'acceptation de la mère s'explique parce qu'elle peut retrouver ici un plaisir libidinal avec son enfant.

D'autre part, c'est sur ordonnance médicale qu'elle peut distraire aux autres enfants et au mari cette relation privilégiée.

Il semble que dans le traitement ce soit la mère qui change davantage que l'enfant et ceci parce que le médecin l'y autorise.

Nous voyons donc ici le rôle très important que joue le thérapeute alors qu'il peut sembler à l'arrière-plan. C'est lui qui est constamment à l'origine du mécanisme des séances. Nous retrouvons là l'importance que le Dr. NACHT attache à la "présence" du thérapeute. Il ne faut donc pas nier que le médecin soit impliqué dans le traitement. Son attitude joue le rôle de facteur permissif par rapport au rapprochement mère-enfant.

Grâce à cette autorisation, mère et enfant pourront donc enfin développer une relation constructive.

Revenant à l'article du Dr. PASCHE nous voyons comment il insiste sur la notion de progression liée à celle de régression.

Pour lui, l'artiste qui régresse en allant rechercher ses sensations anciennes fait un aller et retour continuel entre ses sensations anciennes retrouvées et leur introjection à la réalité actuelle.

Pour ces enfants, il devrait en être de même. La pseudo-régression que nous les aidons à faire, leur aide à retrouver des sensations qui leur permettront enfin de s'adapter au monde réel et de progresser. Il y aura un aller et retour enrichissant entre les phrases antérieures et l'intégration actuelle. Ceci confirme donc l'importance des interprétations faites par la mère au passé. Ce rapprochement avec le passé est, du reste, demandé par l'enfant lui-même à de nombreuses reprises.

Pour le Dr. PASCHE il faudrait en quelque sorte que l'enfant en question s'apparente au pervers pour être capable de se livrer ainsi à cette régression temporelle. Cependant, ne savons-nous pas que, par ailleurs, il traite, dans son article, l'enfant de pervers polymorphe.

Il semble, du reste, que cette pseudo-régression ne se joue pas uniquement sous l'angle temporel mais aussi sous l'angle topique. L'enfant paraît arriver, au cours du traitement, à libérer une certaine forme d'énergie grâce à ses nouveaux investissements sur l'objet maternel.

Pour clore ce passage liant progression et régression, nous citerons la réponse du Dr. MALE faite à l'article du Dr..DIATKINE : "Il faut savoir que la régression n'est pas un retour en arrière artificiel. C'est une force, une présence, une ressource dynamique". Et le Dr. MALE insiste sur le côté bénéficiaire de la régression.

°°°

- VI -

Cette notion de progression liée à la régression peut, du reste, se critiquer dans le cadre de la méthode. On établit artificiellement une relation bi-polaire mère-enfant, apparemment exempte de triangulation et même à l'écart de celle-ci.

.../...

C'est la production de cette relation bi-polaire qui donne une certaine distance permettant l'installation de satisfactions affectives. On est en droit de se demander alors si nous redonnons un dynamisme accru pour la triangulation ou bien si nous n'aurons pas, au contraire, affaibli le SUR-MOI. Avec ce 2ème biberonnage tard venu, prendra-t-il un deuxième élan pour mieux franchir l'oedipe ou bien en restera-t-il là ?

Il semble qu'en réalité, cette situation bi-polaire soit soutendue par une situation triangulaire, du fait de la présence du médecin, comme nous l'avons vu plus haut et qu'elle ne puisse se constituer que justement parce qu'elle est oedipienne. Le thérapeute donne, enfin, son autorisation à l'épanouissement de cette relation bi-polaire qui ne pouvait se réaliser en raison de l'absence du père. La situation triangulaire avec le médecin se transformera en situation triangulaire avec le père lorsque celui-ci remplacera la mère dans le traitement. Ceci nous montre l'importance qu'il faut attacher à la carence paternelle et à quel point il faut essayer d'aider le père afin qu'il transforme son attitude frustrante vis à vis de l'enfant.

On a pu opposer une critique à cette technique : Une visite au musée du Louvre répétée chaque jeudi n'aurait-elle pas le même effet à condition que l'enfant y soit seul avec sa mère et que ce soit cette dernière qui la suggère et qu'elle en témoigne une vive satisfaction.

A notre avis, si la mère emmenait l'enfant voir les tableaux du Louvre cette activité trop proche de ses intérêts actuels conduirait à une rapide intellectualisation; l'enfant ne pourrait vraisemblablement dépasser sa fixation. L'intellectualisation ne permettrait pas le rapproché affectif et l'aller-retour enrichissant dont nous parlions.

Il ne faut pas se dissimuler néanmoins certaines difficultés liées à la technique elle-même.

Tout d'abord un problème d'ordre matériel : le passage de l'heure du traitement au reste de la journée. L'enfant, parfois, n'accepte pas facilement d'interrompre la régression à la fin de la séance. La mère devra néanmoins s'attacher à lui faire comprendre cette obligation.

.../...

Deuxièmement : l'âge de l'enfant. Nous avons parlé de déculpabilisation du rapprochement et d'érotisation facilitée. Une gêne peut néanmoins persister, en particulier, au cours de certains contacts physiques entre mère et son fils. Il faut considérer que le traitement sera rendu impossible si cette barrière ne peut être levée.

Le principal danger reste, cependant, la perte de la maîtrise de la situation par la mère. Celle-ci peut se trouver perdue devant une situation nouvelle ou devant une réaction soudaine de l'enfant et compromettre par son recul et l'angoisse qu'elle manifeste le succès de la psychothérapie; mais nous n'abordons-là la question des possibilités affectives de la mère.

Il ne faut pas minimiser enfin les difficultés offertes au médecin chargé de surveiller la psychothérapie :problème à la fois de compréhension devant le déroulement du traitement et problèmes de contre-transfert qu'il nous est malheureusement impossible d'aborder ici.

°°°

- VII -

Les indications et contre-indications de la méthode.
- premièrement les indications concernant l'enfant :
Elles sont restreintes. Nous ne pouvons considérer que ce traitement conviendrait à des psychotiques, des border-line ou des névrosés. Il faut bien savoir que la régression favorisée ici n'est pas du tout celle d'un enfant psychotique mais celle d'un enfant de type très génitalisé.

Ainsi que nous l'avons dit dans l'introduction l'indication majeure concerne des enfants chez qui se retrouve une sorte d'abcès de fixation. Ils n'ont pu dépasser un stade donné, ne réussissant pas à investir leurs nouvelles activités perceptivo-motrices. Cette fixation correspond à un manque d'échange antérieur parents-enfants. Ces enfants réclament tou-

.../...

jours cet échange qui ne leur a pas été permis. Nous avons vu combien le comportement d'Emmanuel et celui de Coralie étaient différents; chacun d'eux néanmoins réclamait des satisfactions maternelles assez régressives. Il semble que cette attitude de récrimination perpétuelle puisse trouver un bienfait dans ce traitement.

Le"retardé affectif" relève ainsi de cette méthode. Il n'a pas su s'adapter à la réalité sociale; il travaille mal à l'école, a un comportement bizarre en famille parce qu'il a un potentiel affectif insuffisamment évolué. Cette absence de bon objet qui le poursuit dans ses contacts ultérieurs ne lui permet pas un échange social correct. Il semble qu'un nouvel objet maternel, cette fois-ci puisse lui permettre d'accéder enfin à une structuration de son MOI. Il existe enfin une 3ème catégorie d'enfants à placer sur cette liste : ceux qui n'ont pas de structure déterminée, de névrose à proprement parler et dont les troubles peu nets peuvent très bien s'améliorer aux contacts plus profonds établis avec la mère.

- Deuxièmement : les indications concernant la mère.

N'importe quelle mère ne peut assurément se charger d'un tel traitement.

Il faut une personnalité bien équilibrée pour être capable d'assurer le rôle qui lui est confié. Il est bien certain qu'une femme souffrant de névrose de caractère ou de névrose phobique ne peut apporter à l'enfant la réalisation de ses besoins. Elle réitérera à l'occasion du traitement l'attitude frustrante qu'elle a déjà manifestée ou bien, elle projettera de nouveau sur son enfant les symptômes de sa névrose.

Nous avons dit plus haut qu'il ne s'agissait pas de mères normales mais plus que normales car donnantes et intelligentes.

Il existe plusieurs catégories de femmes à qui conviendraient cette méthode :

Tout d'abord celles qu'un ensemble de circonstances a empêché d'être maternelles avec leur enfant. C'est l'exemple du

.../...

2ème cas cité, Mme Y qui a plusieurs enfants rapprochés, alors que la situation de son mari, encore étudiant, ne lui permettait pas d'être suffisamment aidée. Surchargée de travail elle n'a pu donner à la petite fille toute l'attention voulue et la tension nerveuse créée était sûrement néfaste aux relations mère-enfant.

Si elle avait eu cette petite fille plus tard, ses autres enfants étant plus grands, et son mari installé, son attitude aurait été toute autre. Aussi Mme Y a-t-elle été tout à fait capable de mener le traitement à bien.

Les circonstances peuvent d'ailleurs être autres. Mme X avait été obligée de se séparer très fréquemment d'Emmanuel à la suite de la maladie de sa mère, de maladies de l'enfant lui-même. Emmanuel n'avait pas reçu les satisfactions inhérentes aux besoins de son âge, élevé soit par une bonne, soit par des grands-parents. Mme X a pu lui offrir ce qu'elle aurait du lui proposer à l'époque.

Nous avons cité plus haut les mères infantiles qui se sont maturées secondairement et sont, à présent capables de faire face au rôle qui leur est échu; les mères, également, qui sont encore infantiles mais qui pourront se maturer au cours d'entretiens avec le psychothérapeute.

Enfin, d'autres femmes peuvent aussi s'adapter à la technique citée. Celles qui sont à priori frustrantes, en raison de leurs principes d'éducation et du mode de vie qu'elles ont toujours connu. Certains milieux rigides critiquent toute gratification, jugée toujours excessive, ou tout rapprochement affectif considéré comme inutile et peu tonifiant pour le caractère. Une telle mère, influencée par de tels principes peut être ramenée à une autre attitude, si on lui fait comprendre l'erreur qu'elle commet.

°°°

- VIII -

Il nous reste à faire une synthèse des résultats obtenus par le traitement.

Nous déplorons de n'avoir pu apporter d'autres observations, en particulier celles qui relatent les échecs de la méthode.

Ces observations sont très intéressantes car leur étude soigneuse des raisons de l'échec montre que celui-ci peut se situer au niveau du comportement de l'enfant, mais surtout des différentes structures des mères qui ne peuvent s'adapter et accepter ce qu'on leur propose.

Nous n'avons malheureusement pu rapporter ces observations trop incomplètes.

D'autre part, il est difficile d'apprécier la valeur exacte des résultats par absence de données catamnestiques.

Chez Emmanuel et Coralie l'amélioration est indéniable mais de qualité différente. Pour Emmanuel, par exemple, l'amélioration se situe plus sur le plan du comportement.

En réalité, il semble que l'amélioration de ces cas soit surtout symptômatique.

C'est une critique analogue à celle que FREUD a formulé à l'égard de l'analyse du petit Hans : "nous ne connaissons pas l'avenir et les indications précieuses qu'il apportera. De plus, il faudra de nombreuses nouvelles observations pour faire une synthèse réelle de la méthode".

CONCLUSIONS

I - Nous rapportons la description d'un technique particulière de psychothérapie de l'enfant proposée par le Dr . Michel Soulé et utilisée par lui-même et ses collaborateurs à la consultation médico- psychologique de l'hopital Saint Vincent de Paul (clinique de pédiatrie et de puériculture : Professeur Marcel Lelong).

II - Cette technique psychothérapique est originale parcequ'elle est pratiquée par la mère de l'enfant lui- même en faisant appel sustématiquement aux tendances régressives de l'enfant et en proposant une relation mère- enfant uniquement sur ce mode . De plus, elle est effectuée sous contrôle épisodique mais continu du médecin .

III -Les résultats thérapeutiques sont illustrés par l'amélioration durable des symptômes comme en témoignent les deux observations privilégiées rapportées en extenso .

IV - Nous discutons les indications et les contre-indications de cette technique particulière de psychothérapie qui ne saurait être une panacée. De toute façon, une étude approfondie s'impose de l'enfant, de sa mère du père, de la constellation familiale, mais aussi, une étude analytique de la dynamique personnelle et de la structure affective des protagonistes . Les enfants pré-psychotiques et névrosés vrais doivent en être écartés . Les enfants qui en sont justiciables sont ceux dont les troubles du comportement paraissent liés à une sorte de blocage ou de stagnation dans leur développement affectif, en raison, par exemple, d'une résolution difficile du conflit oedipien.
Parmi ces enfants , semblent en bénéficier encore davantage ceux qui s'attachent à réclamer constamment à leur mère des gratifications dans une relation très sérrée mais qui s'exprime jur un mode

sado-masochiquo .

V - Le père quoique absent du traitement se profile continuellement à l'arrière- plan . On retrouve sa carence dans l'anamnèse et on sollicite sa réapparition à la fin du traitement sous forme d'une prise en main indispensable de l'enfant .

VI - Il peut paraître paradoxal de choisir la mère pour disponser un traitement psychothérapique qui exige souplesse et finesse alors qu'on pourrait justement la rendre responsable des mauvaises relations établies avec son enfant . Ceci exige donc une sélection des mères pour ne conserver que celles qui ont plutôt été la victime des circonstances et d'erreur que de difficultés affectives personnelles . Il faut qu'elles soient capables de nouer une relation affective étroite et chaleureuse . Le médecin joue un rôle psychothérapique considérable à leur égard lors des entretiens en les déculpabilisant et en analysant au fur et à mesure les inquiétudes soulevées par le rapproché dans la nouvelle relation .

VII - Une discussion théorique à propos de la régression en rappelle les caractères et permet d'en préciser son rôle exact dans ce mode thérapeutique . Il semble, en effet, malgré les apparences que le rôle de la régression soit secondaire devant un autre facteur .

Cette modalité thérapeutique propose à l'enfant de rejouer une relation triangulaire oedipienne . Certes il se trouve impliqué dans une relation étroite avec la mère , mais vécue cette fois dans une perspective moins angoissante en raison du matériel choisi volontairement limité, et symbolique, de la nature des échanges, volontairement maintenus en dehors et en-deça du domaine génital et grâce à la double autoris ation du père et du médecin ; autorisation bien entendue doublement valable et pour la mère et pour l'enfant .

VIII - Il est souhaitable de rapporter de nouvelles observations, notam-

ment de faire une étude minutieuse des échecs en fonction des caractéristiques structurales et dynamiques de certaines mères .

IX - Une telle modalité thérapeutique suscite des réflexions très intéressantes sur les plans théoriques et techniques , mais elle doit être réservée à des cas bien étudiés et sélectionnés et ne peut être proposée et maniée que par un psychothérapeute averti .

BIBLIOGRAPHIE

- AUGUSTA BONNARD
The mother as therapist , in a case of obsessional neurosis (the psychoanalytic study of the child - vol .5)

- BYCHOWSKI et DESPERT
Techniques spécialisées de la psychothérapie (Presses universitaires de France)

- R. DIATKINE
Les sâtisfactions régressives au cours des traitements d'enfants (Revue de psychanalyse - octobre - décembre - 1952)

- A. FAVREAU
Psychothérapie des parents (encyclopédie médico- chirurgicale psychiatrie)

- A. FAVREAU et R. DIATKINE
Le psychiatre et les parents (Psychiatrie de l'enfant - 1961 -III)

- O. FENICHEL
La théorie psychanalytique des névroses (presses universitaires de France)

- S. FREUD
Essais de psychanalyse (Payot)
Introduction à la psychanalyse (Payot)
La science des rêves .

- F. FROMM - REICHMANN
Psychothérapy with schizophrenics
- Transference problems in schizophrenics (International universities press)

- GLOVER
Technique de la psychanalyse (Presses universitaires de France)

- S. NACHT
Causes et mécanismes des déformations névrotiques du Moi
(Revue de psychanalyse - Janvier - Février - 58)

- PASCHE
Régression, perversion , névrose
(à paraître dans la revue de psychanalyse)

- P.C. RACAMIER
La psychologie du Moi et les psychoses de P. Federn
(Evolution psychiatrique - 1954 - II)

- Mme SECHEHAYE
Introduction à une psychothérapie des schizophrénes
(Presses Universitaires de France)
La réalisation symbolique - Nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie -(Hans Huber . Berne)

Techniques de gratifications en psychothérapie analytique
(Evolution psychiatrique - Juillet - Septembre 1960)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

VU

Le PRESIDENT DE THESE

Professeur M. LELONG

VU

Le DOYEN

L.BINET

Vu et permis d'imprimer

Le RECTEUR de L'ACADEMIE de PARIS

J. SARRAILH